

טופס הצטרפות ביטוח תאונות אישיות

חוק ספורט

תקופת הביטוח 1/09/13-31/08/14

	שם פרטי ומשפחה
--	-----------------------

	ת. זהות	מספר	תאריך לידה
מיקוד	ישוב		רחוב

טלפון נייד	טלפון בית
-------------------	------------------

הנני מצהיר/ה כי אני בריא/ה וכשיר/ה לבצע פעילות ספורטיבית במסגרת המועדון/ הקבוצה/ אגודה.
 כמו כן, ידוע לי כי המועדון/אגודה/הקבוצה ביטח אותי בביטוח תאונות אישיות "חוק הספורט" לספורטאים הפעילים במסגרת המועדון/הקבוצה והאגודה וזאת ע"פ הנדרש בתקנות ובחוקים שחוקקה כנסת ישראל.

כיסוי הביטוחי על פי חוק הספורט		
	עד גיל 20	מעל גיל 20
מוות מתאונה חו"ח	65000 ₪	200000 ₪
נכות מתאונה זמנית ומלאה	275000 ₪	275000 ₪
אי כושר מלא זמני	165 ₪ לשבוע	650 ₪ לשבוע
הוצאות רפואיות	8500 ₪	8500 ₪
הוצאות טיפול שיניים	8500 ₪	8500 ₪
במקרה של תביעה ישולמו הפיצויים בגין אי כושר הזמני החל מיום ה- 11 של התאונה	השתתפות עצמית: אשפוז, טיפול רפואי, וטיפול שיניים עד גיל 20 - 500 ₪, מעל 20 - 500 ₪	

על החתום

למילוי ע"י ההורים
אני אביו/ אמו של הספורטאי/ת
 מצהירים בזאת שקראנו בעיון ובדקנו את הנאמר בתצהיר הנ"ל וחתמנו עליו.

שם ההורה _____ ת.ז. _____ חתימה _____

בברכה